

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1961

THÈSE

212

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Françoise GILARD

Externe des Hôpitaux de Paris

Née le 7 Mai 1932, à Libourne (Gironde)

Présentée et soutenue publiquement le

196

**L'infiltration novocaïnique
du ganglion sphéno-palatin
en ophtalmologie**

**TECHNIQUES — INDICATIONS
THERAPEUTIQUES ET RESULTATS**

Président : M. RENARD, Professeur

IMPRIMERIE
R. FOULON & C^{ie}
29, RUE DEPARCIEUX, 29
PARIS — 1961

=

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : GILARD

Prénom : FRANÇOISE

Date de soutenance :

Numéro d'ordre :

(Ces deux mentions seront complétées par le Service de la Bibliothèque)

GILARD (FRANÇOISE) —
L'infiltration novocaïnique du
ganglion sphéno - palatin en
ophtalmologie. — Paris, Imp.
R. Foulon et C^{ie}, 1961, in-8°,
52 p., 5 fig.

(Thèse Médec. (Etat), Paris,
1961, N°).

GILARD (FRANÇOISE) —
L'infiltration novocaïnique du
ganglion sphéno - palatin en
ophtalmologie. — Paris, Imp.
R. Foulon et C^{ie}, 1961, in-8°,
52 p., 5 fig.

(Thèse Médec. (Etat), Paris,
1961, N°).

GILARD (FRANÇOISE) —
L'infiltration novocaïnique du
ganglion sphéno - palatin en
ophtalmologie. — Paris, Imp.
R. Foulon et C^{ie}, 1961, in-8°,
52 p., 5 fig.

(Thèse Médec. (Etat), Paris,
1961, N°).

GILARD (FRANÇOISE) —
L'infiltration novocaïnique du
ganglion sphéno - palatin en
ophtalmologie. — Paris, Imp.
R. Foulon et C^{ie}, 1961, in-8°,
52 p., 5 fig.

(Thèse Médec. (Etat), Paris,
1961, N°).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1961

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Françoise GILARD

Externe des Hôpitaux de Paris

Née le 7 Mai 1932, à Libourne (Gironde)

Présentée et soutenue publiquement le

196

**L'infiltration novocaïnique
du ganglion sphéno-palatin
en ophtalmologie**

**TECHNIQUES — INDICATIONS
THERAPEUTIQUES ET RESULTATS**

Président : M. RENARD, Professeur

IMPRIMERIE
R. FOULON & C^{ie}
29, RUE DEPARCIEUX, 29
PARIS — 1961

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Champy (C.), Debré (R.), Gastinel (P.), Guillaïn (G.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Loeper (M.), Marion (G.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Olivier (E.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis, Richet (C.), Strohl (A.), Tanon (L.).

DOYEN Léon BINET
Membre de l'Institut

ASSESSEUR Jean VERNE

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
» » (Prof. à titre personnel)	ÉTTORI (J.)
» » (Prof. à titre personnel)	SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUIVERT (R.)
» » (Prof. à titre personnel)	BOURLIÈRE (F.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M.)
Cliniques chirurgicales	Beaujon SICARD (A.)
	Cochin N...
	Hôtel-Dieu PATEL (J.)
	Pitié CORDIER (G.)
	Saint-Antoine GOSSET (J.)
	Salpêtrière MOULONGUET (P.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	Tenon LORTAT-JACOB (J.-L.)
	FÈVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)	MERLE D'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	DE GAUDART D'ALLAINES (F.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec)	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	N...
Cliniques médicales	Boucicaut LENÈGRE (J.)
	Broussais SOULIÉ (P.)
	Cochin JUSTIN-BESANÇON (L.)
	Cochin BROUET (G.)
	Hôtel-Dieu BARIÉTY (M.)
	Pitié DREYFUS (G.)
Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)



Clinique médicale d'hygiène thérapeutique et climatologie (Bichat)	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	DE GENNES (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales	LACOMME (M.)
Baudelocque	MERGER (R.)
Foch (Suresnes)	VARANGOT (J.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	RENARD (G.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	AUBRY (M.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	LELONG (M.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique de pneumo-ptisiologie (Laënnec)	BERNARD (E.)
Clinique psychiatrique infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	N...
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique urologique (Cochin)	N...
Embryologie	GIROUD (A.)
» (Prof. à titre personnel)	TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	DE SÈZE (S.)
Histologie	VERNE (J.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	
Hygiène et médecine préventive	TURPIN (R.)
» (Prof. à titre personnel)	JOANNON (P.)
Médecine du Travail	DÉPARIS (M.)
Médecine légale	DESOILLE (H.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	PIÉDELÈVRE (R.)
Parasitologie	FASQUELLE (R.)
» (Prof. à titre personnel)	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	BRUMPT (L.-C.)
» (Prof. à titre personnel)	COUVELAIRE (R.)
Pathologie exotique	LAURENCE (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	LAVIER (G.)
Pathologie médicale	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie respiratoire	MILLIEZ (P.)
Pathologie et thérapeutiques générales	TURIAF (F.)
Pharmacologie	BOUDIN (G.)
» (Prof. à titre personnel)	CHEYMOL (J.)
Physiologie	LÉVY (Mlle J.)
» (Prof. à titre personnel)	BINET (L.)
» (Prof. à titre personnel)	BARGETON (D.)
Physiologie et pathologie obstétricale	PARROT (J.)
Physique médicale	LEPAGE (F.)
» (Prof. à titre personnel)	DOGNON (A.)
Radiologie médicale	DJOURNO (A.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	DESGREZ (H.)
Thérapeutique	LÉGER (L.)
	CONTE (M.)

	MM.		MM.
Anatomie	{ CABROL (C.) COUINAUD (C.) OLIVIER (G.)	Anatomie pathologique . .	{ BUSSER (F.) GUYGOU (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)
Anatomie pathologique . .	{ GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.) <i>pr. s. ch.</i>	Anesthésiologie .	VOURC'H (G.)

MM.

Bactériologie . . .	{ BARBIER (P.) CHRISTOL (D.) TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	{ DESGREZ (P.) <i>pr. s. ch.</i> POLONOVSKI (J.) <i>m. conf.</i>
Biologie appl. à l'Educat. phys. et aux Sports . .	PLAS (F.)
Carcinologie . . .	{ DENOIX (P.) MATHE (G.)
Dermato- Syphiligraphie . .	DUPERRAT (B.)
Electro- Radiologie . . .	LEDoux-LEBARD (G.)
Hématologie . . .	{ BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.)
Histologie	{ COIJARD (R.) <i>pr. s. ch.</i> MAROIS (M.) RACADOT (J.)
Hydrologie . . .	CORNET (A.)
Hygiène	{ BOYER (J.) <i>pr. s. ch.</i> CORRE-HURST (Mme L.)
Maladies infectieuses . . .	{ BASTIN (R.) DUPONT (V.)
Médecine légale	{ DEROBERT (L.) <i>pr. s. ch.</i> HADENGUE (A.) FOURNIER (E.) GUENIOT (M.)
Médecine du travail . . .	ALBAHARY (C.)
Neurologie . . .	LHERMITTE (F.)
	{ GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) MORIN (P.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) THOYER-ROZAT (J.)
Obstétrique . . .	
Ophtalmologie . .	{ BRÉGEAT (P.) SARAUX (H.)
Orthopédie . . .	{ JUDET (R.) RAMADIER (J.)
Oto-rhino- laryngologie . .	DEBAIN (J.)
Parasitologie . .	CHABAUD (A.)
	{ BARCAT (J.) BINET (J.-P.) CAUCHOIX (J.) CHATELIN (C.-L.) DUBOST (Ch.) DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GERMAIN (A.)
Pathologie chirurgicale . . .	

MM.

Pathologie chirurgicale . . .	{ LOYGUE (J.) MERCADIER PERROTIN (J.) ROBERT (H.) THOMERET (G.)
Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
Pathologie expérimentale . .	{ CROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LÉPER (J.) MAURICE (J.) RICHE (G.)
	{ AUSSANNAIRE (M.) BOUR (H.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRICAIRE (H.) BRISSAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CASTAIGNE (P.) <i>m. conf.</i> CATINAT (J.) CONTAMIN (F.) COURY (C.) FREZAL (J.) HOUSSET (E.) LAROCHE (Cl.) LESOBRE (R.) MACREZ (C.) NICK (J.) PEQUIGNOT (H.) <i>pr. s. ch.</i> ROYER (P.) WOLFROMM (R.)
Pathologie médicale	
Pédiatrie- Puériculture . .	{ JOSEPH (R.) MANDE (R.) MOZZICONACCI (P.) POLONOVSKI (C.) ROSSIER (A.)
Pharmacologie . .	{ BOISSIER (J.) LECHAT (P.)
Physiologie . . .	DEJOURS (P.)
Physique médicale	{ GOUGEROT (L.) <i>m. conf.</i> <i>pr. s. ch.</i> KELLERSHOHN
Pneumo- Phtisiologie . .	KREIS (B.)
Psychiatrie . . .	PICHOT (P.)
Psychiatrie infantile	DUCHÉ (D.)
Rhumatologie . .	DELBARRE (F.)
	{ CERNÉA (P.) CHAPUT (Mme A.) <i>m. conf. agr.</i> GRELLET (M.)
Stomatologie . .	
Thérapeutique . .	{ CHASSAGNE (P.) LAMOTTE (M.)
Urologie	QUENU (L.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
Anatomie	DEBEYRE	Clinique	{ GRASSET (J.)
		obstétricale . . .	{ MAYER (M.)
			{ RAVINA (J.)
Clinique	{ ABOULKER (P.)	Clinique	{ DESVIGNES (P.)
chirurgicale . .	AMELINE (A.) <i>pr. s. ch.</i>	ophtalmologique	{ OFFRET (G.)
	HUGUIER (J.)	Clinique O.R.L.	MADURO (R.)
	OLIVIER (C.)	Clin. pédiatrique	
	PADOVANI (P.)	et puériculture	LAPLANE (R.)
	POILLEUX (F.)	Clinique	
	ROUX (M.)	psychiatrique .	BARUK (H.)
	VERNE (J.-M.)	Clinique	
Clinique	{ DOMART (A.)	urologique . . .	KUSS (R.)
médicale	PERRAULT (M.)	Médecine légale	GAULTIER
	RAMBERT (P.)		
	THIEFFRY (S.)		

IV. — PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie	HAUDUIROY (P.) <i>prof. sans chaire</i>
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) <i>prof. sans chaire</i>

V. — CHARGES DE COURS D'HYGIENE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

BOLTANSKI (E.) LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Secrétaires	{ Mme BEURLAND (H.),
	{ Mlle CHAINTREUIL (G.), Mme ROCHE (L.)

Conservateur en Chef	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateur	Mlle DUMAITRE (P.)

Bibliothécaires	{ Mmes CONTET (J.), FORGET (F.),
	{ Mlles LAURENT (H.), LE NOIR (G.),
	{ QUIÉVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MES PARENTS

*Aux sacrifices desquels je dois d'avoir
mené à bien mes études.*

*En témoignage de ma profonde gratitude
et de ma respectueuse affection.*

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR RENARD

Professeur de la Chaire de Clinique Ophtalmologique
à la Faculté de Médecine de Paris
Officier de la Légion d'Honneur

*Qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.
En hommage très respectueux.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ P. BRÉGEAT

*Pour l'aide qu'il a bien voulu apporter à
l'élaboration de ce travail.*

*En témoignage de ma sincère gratitude
et de mon respectueux attachement.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR DOLLFUS

Ophtalmologiste des Hôpitaux de Paris
Officier de la Légion d'Honneur

*Pour la bienveillance avec laquelle il m'a
accueillie dans son Service.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR POLLIOT

Ophtalmologiste des Hôpitaux de Paris

En témoignage de ma reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR JUGE

Avec ma sincère gratitude.

A MES MAITRES

Avec ma profonde reconnaissance.

INTRODUCTION

Découvert par MECKEL en 1749, puis étudié du point de vue physiologique par LONGET en 1842, le ganglion sphéno-palatin présente certains rapports importants avec le globe oculaire.

Dès 1925, HALPHEN a attiré l'attention sur une thérapeutique basée sur l'anesthésie du ganglion dans le trismus.

CERISE, BAILLIART, MAGITOT, THUREL ont entrepris l'étude du blocage du ganglion sphéno-palatin dans le domaine ophtalmologique, et en ont tiré d'utiles conséquences thérapeutiques.

DUBOIS-POULSEN, en 1937, a consacré un important travail à ce même sujet, et en a montré tout l'intérêt.

Actuellement, les indications de l'anesthésie du ganglion de Meckel au cours des syndromes portant sur le segment antérieur de l'œil sont bien connues.

Par contre, les effets thérapeutiques au niveau du segment postérieur du globe oculaire, sont d'une acquisition plus récente.

Notre Maître le Professeur Agrégé BRÉGEAT, et le Docteur GUILLOT, ont particulièrement souligné le rôle du ganglion de Meckel dans les troubles vasomoteurs réactionnels locaux portant sur le nerf optique.

Au cours de ce travail, nous insisterons sur ce dernier point, en précisant les indications de l'anesthésie du ganglion sphéno-palatin et leurs résultats.

Nous envisagerons successivement :

- I) LE RAPPEL ANATOMIQUE de ce ganlion.
- II) SES VOIES D'ABORD pour la novocaïnisation et surtout son accès par le canal palatin postérieur.
- III) LE ROLE PHYSIOLOGIQUE du ganglion permettant dès lors d'envisager :

IV) LES EFFETS THÉRAPEUTIQUES portant sur

1^o *Le segment antérieur*

- Le larmolement chronique sans sténose des voies lacrymales.
- Le syndrome photophobie-blépharospasme accompagnant les irritations du segment antérieur :
 - a) cornée ;
 - b) sclère ;
 - c) conjonctive.
- Le syndrome de Sluder.

2^o *Le segment postérieur*

- Le nerf optique :
 - a) papillites ;
 - b) traumatismes.
- Plus accessoirement la rétine.

Nous insisterons particulièrement sur cette seconde partie.

CHAPITRE I

ANATOMIE

Le ganglion sphéno-palatin est une petite masse nerveuse du volume d'une lentille à un petit pois, en forme de cône à sommet postérieur engagé dans le canal vidien, et siégeant sur la paroi postérieure de l'arrière-fond de la fosse ptérygo-maxillaire.

Cette loge, en forme de pyramide quadrangulaire à sommet inférieur, est limitée :

- *en avant* : par la tubérosité du maxillaire supérieur ;
- *en arrière* : par la face antérieure de l'apophyse ptérygoïde, présentant à ce niveau l'orifice du canal vidien ;
- *en dedans* : par la face externe de la lame verticale du palatin. L'arrière-fond de la fosse ptérygo-maxillaire s'ouvre dans les fosses nasales par le trou sphéno-palatin : fente fermée par la muqueuse de la paroi nasale, et située directement au-dessus de la queue du cornet moyen ;
- *en dehors* : par la fente ptérygo-maxillaire qui fait communiquer l'arrière-fond avec la fosse ptérygo-maxillaire ;
- *en haut* : par la face inférieure du corps du sphénoïde et la grande aile ;
- *en bas* : les parois antérieure, interne et postérieure se rapprochent et limitent l'orifice d'entrée du canal palatin postérieur.

— LE CANAL PALATIN POSTÉRIEUR est un rapport particulièrement intéressant à connaître, car c'est la voie que nous empruntons pour la novocaïnisation du ganglion de Meckel.

Long de 20 à 25 mm, oblique en bas et en avant, ce canal est constitué par l'union :

- de la gouttière palatine postérieure de la face externe de la lame verticale du palatin ;
- et de la gouttière palatine correspondante, creusée sur la face interne du maxillaire supérieur.

Parcouru par le *nerf palatin antérieur* et l'*artère palatine supérieure*, en dehors du nerf, le canal palatin postérieur s'ouvre dans la cavité buccale, au-dessus et en-dedans de la dernière molaire supérieure : à la jonction du palais osseux et membraneux.

Cet orifice inférieur est le repère anatomique du point d'injection pour l'infiltration du ganglion de Meckel.

Une anomalie possible du canal palatin postérieur : canal bifide.

Dans l'arrière-fond de la fosse ptérygo-maxillaire, se trouve un véritable pédicule vasculo-nerveux, et le ganglion sphéno-palatin y présente des rapports vasculaires et nerveux importants.

A. — RAPPORTS NERVEUX

1) LE NERF MAXILLAIRE SUPÉRIEUR : au-dessus et en dehors du ganglion, relié à lui par un plexus long de 3 à 5 mm. Branche du nerf Trijumeau, le nerf maxillaire supérieur, après avoir pénétré dans l'arrière-fond à l'union de la voûte et de la paroi postérieure, a un trajet oblique en bas et en dehors, se dirigeant vers la fente ptérygo-maxillaire.

2) LE NERF SPHÉNO-PALATIN : né du précédent, passe soit en avant, soit en dehors du ganglion de Meckel, intimement lié à lui par un ou deux filets. Il émet :

- a) *Les nerfs orbitaires* : deux à trois filets se rendant à l'orbite par la partie la plus interne de la fente ptérygo-maxillaire.
- b) *Le nerf naso-palatin ou sphéno-palatin interne* passant dans le trou sphéno-palatin, s'applique ensuite sur la face antérieure du corps du sphénoïde avant de s'épanouir au tiers antérieur de la voûte palatine en s'anastomosant avec le nerf palatin antérieur.

3) LES NERFS SPHÉNO-PALATINS EXTERNES OU NASaux SUPÉRIEURS. Après s'être engagés dans le trou sphéno-palatin, se distribuent en plusieurs branches :

- a) *Nerf nasal supérieur*, pour le cornet supérieur et le méat supérieur.
- b) *Nerf nasal moyen*, pour le cornet moyen et le méat moyen.
- c) *Nerf pharyngien de Bock* qui traverse le canal ptérygo-palatin pour se rendre à l'orifice pharyngé de la trompe d'Eustache.

4) TROIS NERFS PALATINS :

- a) *Nerf palatin antérieur* : chemine, on l'a vu, avec l'artère palatine supérieure dans le canal palatin postérieur.
Il innerve les deux-tiers postérieurs de la muqueuse de la voûte palatine.
- b) *Nerf palatin moyen*,
- c) *Nerf palatin postérieur*, situés dans un canal palatin accessoire.
Le nerf palatin postérieur se divisera en :
 - une branche sensitive pour la muqueuse de la face inférieure du voile du palais ;
 - une branche motrice pour les muscles du voile du palais.

B. — RAPPORTS VASCULAIRES

1) L'ARTÈRE MAXILLAIRE INTERNE chemine sous le nerf maxillaire supérieur, à un millimètre en avant du ganglion de Meckel, suivant un trajet sinueux. Donne plusieurs branches collatérales :

- *en avant* : l'artère sous-orbitaire (juste avant l'entrée dans l'arrière-fond) ;
- *en bas* : l'artère palatine supérieure, se distribuant au voile du palais et à la voûte palatine ;
- *en arrière* : l'artère vidienne, l'artère ptérygo-palatine pour la muqueuse de la voûte du pharynx.

L'artère maxillaire interne devient alors l'artère sphéno-palatine qui pénétrera dans la fosse nasale correspondante par le trou sphéno-palatin et se divisera en deux branches pour irriguer cloison et paroi externe des fosses nasales.

2) LA VEINE MAXILLAIRE INTERNE, faisant suite à la veine sphéno-palatine, passe au-dessous de l'artère dont elle est satellite.

La situation antérieure des vaisseaux dans la loge du ganglion de Meckel, incite à certaines précautions dans la technique de la voie d'abord de ce ganglion que nous signalerons plus loin.

C. — GANGLION SPHÉNO-PALATIN

Le ganglion sphéno-palatin reçoit classiquement une *triple innervation* et présente :

- a) *Une racine sensitive* née du nerf maxillaire supérieur et reliant étroitement ce ganglion au nerf trijumeau.

b) *Une racine sympathique* : venant du plexus sympathique péri-carotidien, rejoignant

c) *Une racine motrice* : le nerf vidien, dans le canal vidien.

Le nerf vidien résulte lui-même de l'union :

— du grand nerf pétreux profond, branche du nerf glosso-pharyngien,

— et du grand nerf pétreux superficiel, né de l'Intermédiaire Wrisberg au niveau du ganglion géniculé.

Les fibres efférentes du ganglion sphéno-palatin se distribuent au nerf sphéno-palatin qui se termine dans la muqueuse bucco-pharyngée.

Certaines fibres, venues de l'Intermédiaire de Wrisberg par le grand nerf pétreux superficiel, se rendent indirectement à la glande lacrymale.

Après avoir fait relais dans le ganglion de Meckel, elles empruntent la branche temporo-zygomatique du nerf maxillaire supérieur qui s'anastomose ensuite avec le nerf lacrymal.

D. — ANASTOMOSES DU GANGLION SPHÉNO-PALATIN

Pour ARNOLD, VALENTIN et TIEDEMANN, ce ganglion s'anastomoserait avec le *ganglion ophtalmique* par l'intermédiaire du Trijumeau ou du nerf moteur oculaire commun. Toutefois, HYRTL a lié cette anastomose.

ROUSSET a rencontré un filet unissant le ganglion sphéno-palatin à la gaine du nerf optique.

Enfin, ce ganglion s'anastomoserait :

— avec le *plexus péricarotidien interne* et le *sympathique péricarotidien externe* au moyen des filets du plexus accompagnant l'artère phéno-palatine ;

— avec le ganglion otique.

CONCLUSION

Le ganglion sphéno-palatin siège dans le carrefour nerveux complexe de l'arrière-fond de la fosse ptérygo-maxillaire, ce qui le rend assez difficilement isolable des formations trigémინées l'accompagnant.

S'il n'est donc pas toujours facile de s'expliquer le mode d'action de la novocaïnisation, les résultats obtenus par cette thérapeutique doivent cependant être retenus,

CHAPITRE II

TECHNIQUES DE LA VOIE D'ABORD DU GANGLION SPHENO-PALATIN

Le but est de bloquer plus ou moins complètement le ganglion de Meckel, ou plutôt le système sphéno-palatin comprenant, en outre, les filets émanant du ganglion et formant, on l'a vu, un riche plexus.

Trois procédés permettent d'aborder ce ganglion :

1° Le plus simple consiste à IMBIBER L'EXTRÉMITÉ D'UN PORTE-COTON AVEC LE LIQUIDE DE BONAIN, et de le porter, sous le contrôle d'un speculum, au-dessus de la queue du cornet moyen.

Mais, à ce niveau, la muqueuse située entre les fosses nasales et l'arrière-fond de la fosse ptérygo-maxillaire absorbe une partie du liquide dont l'efficacité est diminuée d'autant.

D'autre part, l'attouchement ne peut être prolongé plus d'une heure en renouvelant le liquide sous peine de syncopes parfois graves.

Ce procédé est certainement précis, mais souvent douloureux, irritant. Le malade n'accepte pas toujours le renouvellement de ce traitement qui, de ce fait, reste insuffisant.

CANYUT perforait à l'aide d'une aiguille la queue du cornet moyen et pénétrait dans la fenêtre pour anesthésier le ganglion. Mais les hémorragies fréquentes rendent la méthode brutale et dangereuse.

2° VOIE EXTERNE : TEMPORALE

Il s'agit d'introduire une aiguille droite de 6 cm, perpendiculairement à l'angle formé par le bord supérieur de l'arcade zygomatique et le bord postérieur du malaire.

On suit le plan osseux de l'aile du sphénoïde en abaissant progressivement la pointe de l'aiguille qui arrive ainsi dans la fosse ptérygo-maxillaire.

Mais cette technique demande un certain entraînement qui est assez difficile à exécuter et risque de blesser l'artère maxillaire interne.

3° L'intérêt de la voie par le CANAL PALATIN POSTÉRIEUR est dans un abord plus facile et plus précis du ganglion de Meckel. Il en résulte une élimination plus sûre, plus rapide et plus durable des influx de ce ganglion.

— Le matériel utilisé est simple.

Si l'on a longtemps utilisé pour cette manœuvre la seringue d'Aubin, on se sert actuellement d'une aiguille droite, longue de 35 mm, à biseau court, analogue à celles des injections rétro-bulbaires.

— On y adapte une seringue de 2 cm³, contenant 1,5 cm³ de novocaïne à 4 %, à laquelle on peut adjoindre 0,5 cm³ d'hyaluronidase pour une diffusion plus rapide.

L'adrénaline est proscrite, à cause des risques de thrombose vasculaire et de nécrose qui ont pu être observés.

— Le malade, au calme, sera allongé, la tête en déflexion maxima et la bouche grande ouverte.

Il est dès lors très aisé de repérer l'orifice d'entrée du canal palatin postérieur : il siège en effet à la jonction du palais osseux et membraneux, au niveau de l'angle formé par la voûte palatine et le rebord alvéolo-dentaire.

L'aiguille étant introduite à l'entrée de ce canal, on lui fait très facilement suivre un trajet vertical de 2,5 cm, légèrement en arrière, jusqu'à la loge du ganglion où l'on injecte l'anesthésique.

Quelques difficultés sont à noter :

1° *Dans le repérage :*

— Il faut tenir compte de l'avulsion fréquente de la dent de sagesse.

— Si le canal est bifide, on tâtonne parfois.

2° *Dans la direction :*

— Il peut être utile, avant toute injection, de regarder un crâne et d'apprécier la possibilité d'inclinaison de l'aiguille à utiliser, comme il faut.

Le reproche que l'on peut faire à cette méthode est l'incertitude de se trouver anatomiquement dans le canal palatin postérieur.

Quels sont alors les critères de réussite ?

Il faut avouer qu'aucun ne peut être tenu pour certain.

Deux fausses routes :

- *L'injection trop postérieure, dans les choanes :* le liquide passe dans la gorge.
- *L'injection dans le palais membraneux :* il apparaît alors une hémiparésie vélo-palatine : voix nasonnée, difficultés de déglutition. Ces phénomènes sont d'ailleurs transitoires et s'effacent en quelques heures.

Dans ce dernier cas, la disposition anatomique de la région permet d'expliquer que le liquide, en diffusant, parvient cependant à toucher le ganglion sphéno-palatin.

L'effet thérapeutique est efficace dans les délais habituels, comme l'ont prouvé les résultats.

3° Incidents : rares.

- Localement, si une hémorragie se produit, elle est insignifiante.
- Si l'ecchymose de la muqueuse au point d'injection est assez fréquente, il n'a jamais été observé de nécrose de la muqueuse ou de thrombose vasculaire, si les injections ne sont ni trop rapprochées, ni trop fréquentes (Professeur agrégé BRÉGEAT). C'est pourquoi la méthode actuellement utilisée : quatre injections à quarante-huit heures d'intervalle, reste sans danger.

Il convient enfin de signaler l'indolence ou du moins la très faible dolence de l'injection à cet endroit qui surprend le malade lui-même.

On verra quels sont les résultats de l'infiltration du ganglion de Meckel chez un sujet normal, au cours de l'étude physiologique de ce ganglion.

CHAPITRE III

PHYSIOLOGIE

Le ganglion sphéno-palatin joue un rôle important dans le fonctionnement du système céphalique neuro-végétatif.

Seul, son intérêt sur le plan essentiellement ophtalmologique sera envisagé ici.

Le ganglion de Meckel appartient au système *para-sympathique*, mais reçoit en outre une innervation sympathique provenant du plexus carotidien.

Dans le ganglion, se retrouvent :

- des *fibres sensibles*, issues du nerf maxillaire supérieur ;
- des *fibres sympathiques*, venues du plexus péri-carotidien ;
- des *fibres para-sympathiques* du nerf vidien, formant un important contingent.

Alors que les fibres sensibles et sympathiques traversent directement le ganglion sphéno-palatin, les fibres para-sympathiques y *font relais*.

Parmi ces dernières :

- les unes sont apportées du nerf glosso-pharyngien par le grand nerf pétreux profond ;
- les autres, nées du noyau lacrymal, sont transportées par l'intermédiaire de Wrisberg jusqu'au grand nerf pétreux superficiel.

Les deux nerfs pétreux s'uniront à la racine sympathique pour former le nerf vidien.

Les trois variétés de fibres vont innerver deux régions différentes :

- a) Certaines passent par le nerf sphéno-palatin et se rendent :
 - aux fosses nasales ;
 - au palais ;
 - au voile du palais ;
 - à l'orifice bucco-pharyngé.

— *Le rôle vaso-moteur* du ganglion sphéno-palatin est certain.

De nombreux travaux ont été effectués et, parmi les plus récents, il faut citer ceux de HEITZ, à Vienne, en 1954.

La vaso-constriction des vaisseaux de la rétine après l'extirpation du ganglion ciliaire homo-latéral, s'accroît très notablement après suppression du ganglion de Meckel, et ceci de façon parfaitement nette et durable, avec une augmentation de la tension de l'artère centrale de la rétine.

L'anesthésie du ganglion sphéno-palatin entraîne certaines modifications du *champ visuel*.

DUBOIS-POULSEN a particulièrement insisté sur le fait d'une augmentation de la tache de Mariotte avec la présence d'angioscotes objectivés beaucoup plus facilement qu'à l'état normal.

Expérimentalement, nous n'avons malheureusement pu étudier qu'un seul cas, mais les résultats portant sur le champ visuel et la T.A.R. sont particulièrement intéressants.

Conjonctive, cornée, pupille, tonus et fond d'œil n'ont pas subi de modifications.

Il s'agit d'un malade de cinquante ans, consultant pour un *larmoiement chronique* (depuis un an) de l'œil droit, sans sténose des voies lacrymales.

Par ailleurs, le reste de l'examen ophtalmologique est tout à fait normal, en particulier le tonus, la T.A.R. (40) et les papilles.

Nous avons pratiqué un champ visuel, une prise de T.A.R. avant et après l'infiltration novocaïnique du ganglion sphéno-palatin par le canal palatin postérieur.

Voici quels ont été les résultats :

25 novembre 1960

— C.V. : index utilisés : 3-1 et 2-1.

Tache de Mariotte normale.

Petit angioscote dans la partie temporale inférieure.

— T.A.R. : œil droit 40 et œil gauche 40.

Une demi-heure après l'infiltration :

a) Œil droit :

— *Champ visuel* : tache de Mariotte nettement augmentée, aux mêmes index ; angioscote dilaté.

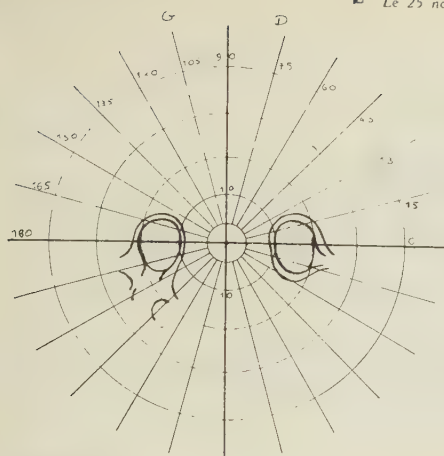
— T.A.R. : 50.

b) Œil gauche :

— *Champ visuel* : aucun changement.

— T.A.R. : 42.

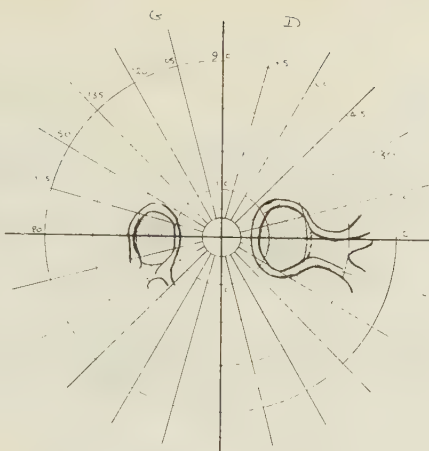
Le 25 novembre 1960



Index ulteriores 3 : 1

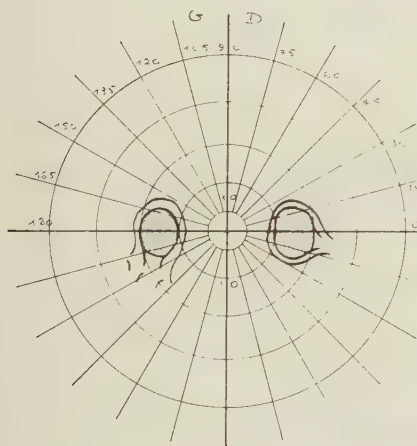
2 : 1

AVANT

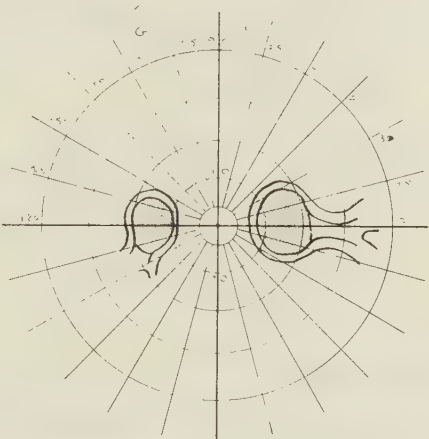


APRES

Le 28 novembre 1960

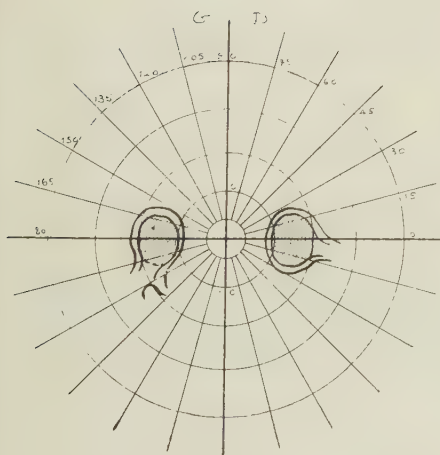


AVANT

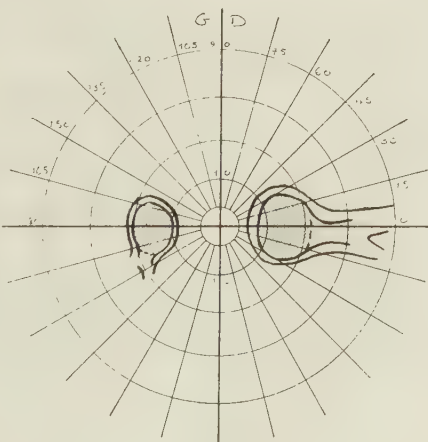


APRES

Le 1^{er} décembre 1960



AVANT



APRES

28 novembre 1960

Avant l'infiltration :

- a) *Œil droit* : tache de Mariotte et angioscotome ont leur aspect initial.
— T.A.R. : 42.
- b) *Œil gauche* : identique pour la tache de Mariotte et l'angioscotome.
— T.A.R. : 40.

Une demi-heure après l'infiltration :

- a) *Œil droit* : tache de Mariotte et angioscotome dilatés.
— T.A.R. : 53.
- b) *Œil gauche* : aucun changement.
— T.A.R. : 43.

1^{er} décembre 1960

Avant l'infiltration :

- a) *Œil droit* : rien à signaler au niveau du champ visuel.
— T.A.R. : 42.
- b) *Œil gauche* :
— T.A.R. : 42.

Une demi-heure après l'infiltration :

- a) *Œil droit* : angioscotome et tache de Mariotte subissent les mêmes modifications que précédemment.
— T.A.R. : 52.
- b) *Œil gauche* : rien à signaler.
— T.A.R. : 42.

CONCLUSION

Il existe bien des réactions vaso-motrices réflexes au niveau des vaisseaux rétiniens.

On verra plus loin tout l'intérêt thérapeutique de cette notion physiologique, les plexus péri-vasculaires jouant un rôle important.

— *Le rôle sécrétoire* est dû à la présence des fibres para-sympathiques issues du noyau lacrymal et se rendant indirectement, on l'a vu, à la glande lacrymale.

Le ganglion sphéno-palatin régit en partie la sécrétion lacrymale, pouvant servir de « centre de réflexion » aux réflexes empruntant la même voie à l'aller comme au retour.

Ce ganglion a donc sa place dans le mécanismes des hypersécrétions (MAGITOT).

Expérimentalement, sa mise hors circuit définitive par extirpation, ou temporaire par anesthésiques, réduit toutefois la sécrétion lacrymale sans la tarir (la glande lacrymale étant en effet innervée par d'autres voies).

— *Le rôle sensitif* s'explique par la présence des fibres sensitives empruntant le ganglion de Meckel.

Ce ganglion peut être le siège de réflexes courts, à point de départ sensitif (sécrétion lacrymale secondaire aux irritations de la conjonctive).

Ce rôle a son application dans le traitement du syndrome de Sluder et de la photophobie avec blépharospasme dans les irritations du segment antérieur.

CHAPITRE IV

INDICATIONS THERAPEUTIQUES

Elles découlent de la situation anatomique et surtout de l'importance physiologique du ganglion de Meckel.

On a vu, en effet, quelle était la participation de ce ganglion au cours des troubles vaso-moteurs, sécrétoires et sensitifs en ophtalmologie.

C'est dire l'intérêt d'un traitement destiné à bloquer la fonction du ganglion sphéno-palatin, limitant ainsi les perturbations locales du système neuro-végétatif céphalique.

Dans ce chapitre, on étudiera successivement :

1° LES EFFETS THÉRAPEUTIQUES LES PLUS ANCIENS et les mieux connus portant sur le SEGMENT ANTÉRIEUR de l'œil, c'est-à-dire :

- a) *Le larmolement rebelle sans sténose* des voies lacrymales.
- b) *Le syndrome photophobique* accompagnant les *irritations du segment antérieur* :
 - après kératoplasties ;
 - irritations post-opératoires des cataractes compliquées.
- c) *Les kératites* anciennes avec taies réchauffées.
- d) *Certaines épisclérites*.
- e) *Les irritations conjonctivales* trainantes unilatérales, sans étiologie reconnue.
- f) *Le syndrome de Sluder*.

2° LES EFFETS LES PLUS RÉCENTS donc plus intéressants portant sur le SEGMENT POSTÉRIEUR du globe oculaire :

- a) *Sur le nerf optique* :
 - papillites inflammatoires ;
 - papillites traumatiques ;

- certaines papillites unilatérales isolées, sans étiologie retrouvée ;
- névrite optique d'origine toxique.

b) *Au niveau de la rétine :*

- *syndromes vaso-moteurs* : traumatiques ; spasmes artériels rétiniens.

* *

I. SEGMENT ANTERIEUR DU GLOBE OCULAIRE ET SES DERIVES

1° LARMOIEMENT SANS STÉNOSE DES VOIES LACRYMALES

On a vu quel était le rôle du ganglion sphéno-palatin dans la sécrétion lacrymale.

DUBOIS-POULSEN a cité 18 succès sur 23 cas, en 1937, de larmoiement chronique sans sténose des voies lacrymales, traités par l'anesthésie du ganglion de Meckel.

GOTTESFELD, en 1942, a publié plusieurs cas de syndromes de « larmes de crocodiles », pour lesquels il a utilisé cette méthode.

CUCCAGNA (Italie) l'a employée au cours des larmoiements chroniques (1957).

Dans tous les cas, les résultats, sans être absolus ni définitifs, ont apporté un soulagement appréciable chez ces malades.

Nous rapporterons une observation d'un malade consultant à l'Hôpital Lariboisière, dans le service du Docteur DOLLFUS.

• *M. Ma..., cinquante ans*

Examiné le 20 octobre 1960 pour larmoiement chronique de l'œil droit, ayant débuté il y a un an.

- L'œil est calme.
- Paupière inférieure et point lacrymal sont en place :
 - les voies lacrymales sont perméables ;
 - les tonus et le reste de l'examen sont normaux.

Malgré un traitement par collyre à la néomycine-hydrocortisone cinq fois par jour, cinq jours sur dix pendant un mois, au cours duquel sont pratiqués :

- | | |
|----------------------|--|
| — le 29 octobre 1960 |) un passage de terramycine et d'hydrocortisone dans les voies lacrymales de l'œil droit |
| — le 3 novembre 1960 | |
| — le 7 novembre 1960 | |

le larmoiement persiste inchangé.

Une infiltration novocaïnique du ganglion sphéno-palatin est faite :

- le 25 novembre 1960
- le 28 novembre 1960
- le 1^{er} décembre 1960

Le malade est revu le 4 décembre 1960 : son larmolement persiste, mais semble moins important.

On ne peut évidemment pas conclure à une utilité thérapeutique essentielle, mais démontrer cependant le rôle même passager du ganglion de Meckel sur le larmolement.

2° LE SYNDROME PHOTOPHOBIE ET BLÉPHAROSPASME AU COURS DES IRRITATIONS DU SEGMENT ANTÉRIEUR QUE L'ON PEUT VOIR

A) APRÈS KÉRATOPLASTIE

Voici une *observation* que le Professeur agrégé BRÉGEAT a eu l'obligeance de nous communiquer.

• M. Ma...

M. Ma... subit, en 1957 (Hôpital de l'Hôtel-Dieu — Service du Professeur RENARD), une greffe de cornée lamellaire gauche pour leucome. L'intervention se passe normalement.

— Au vingt-cinquième jour, cinq jours après la chute des fils, le malade souffre d'une photophobie intense et bilatérale.

L'examen biomicroscopique ne montre rien de particulier, l'ophtalmotonus est normal.

— Une infiltration novocaïnique du ganglion sphéno-palatin du côté gauche apporte en quelques minutes un soulagement notable.

— Trois injections à deux jours d'intervalle sont alors pratiquées.

L'œil devient calme définitivement.

B) APRÈS INTERVENTION SUR CATARACTES COMPLIQUÉES (avec pincement de l'iris, issue de vitré chez un œil myope par exemple).

• Obs. de M. Jo..., trente-neuf ans (Hôpital Saint-Louis — Service du Professeur agrégé BRÉGEAT).

M. Jo... entre dans le Service le 2 novembre 1960 en vue d'une intervention pour une cataracte en soucoupe postérieure de l'œil gauche. (L'œil droit a été énucléé il y a sept ans à la suite d'un traumatisme.)

— Les examens sanguins et de spécialité sont normaux.

— L'extraction totale sous anesthésie générale est pratiquée et les suites opératoires sont strictement normales les quatre premiers jours.

Le cinquième jour (le 6 novembre 1960) apparaissent :

- larmoiement ;
- hyperhémie ;
- photophobie et blépharospasme ;

que ne semble expliquer aucune complication. En particulier, les fils sont en place, la suture cornéo-sclérale est nette et n'est pas le siège d'une irritation locale anormale.

— Une infiltration du ganglion de Meckel permet d'assister, dans l'heure suivante, à l'atténuation de ces phénomènes :

- l'œil peut s'ouvrir sans grand effort, reste un peu hyperhémie encore, mais ne larmoie pratiquement plus.

Le 8 novembre 1960 :

L'injection est renouvelée : hyperhémie et photophobie disparaissent définitivement.

• *Obs. de Mme Vi..., soixante-quinze ans* (Hôpital Saint-Louis — Service du Professeur agrégé BRÉGEAT).

Opérée au mois de juin 1960 pour une cataracte secondaire de l'œil gauche (extraction de masses cristalliniennes).

L'intervention se passe bien, mais la malade présente du côté opéré, depuis le mois de juillet 1960 :

- une hyperhémie conjonctivale importante ;
- un blépharospasme et une photophobie marqués ;
- l'œil est un peu douloureux, le tonus est normal ;
- pupille en place, iris en bon état ;
- très léger phénomène de Tyndall dans la chambre antérieure qui durera quelques jours seulement ;
- aucun précipité à la face postérieure de la cornée.

Malgré les traitements classiques (antibiotiques, hydrocortisone, vitaminothérapie), ces phénomènes irritatifs persistent inchangés pendant trois mois.

Le 23 novembre 1960 :

On fait une infiltration novocaïnique du ganglion de Meckel.

Une heure plus tard, la malade ne se sent plus gênée pour ouvrir les paupières et se déclare soulagée.

Le blépharospasme a disparu, la photophobie a régressé. Par contre, l'hyperhémie n'a pas été modifiée.

Le 26 novembre 1960 :

Depuis la veille, l'œil est de nouveau un peu photophobe. Trois quarts d'heure après l'infiltration, tout rentre dans l'ordre, seule l'hyperhémie n'a pas été améliorée.

Cette malade a été revue au mois de décembre 1960 : elle ouvre normalement son œil qui reste cependant encore un peu rouge, sans signe d'uvéite antérieure.

3° LES KÉRATITES

Il s'agit de kératites chroniques ou subaiguës à poussées successives, évoluant depuis plusieurs mois.

— *Les ulcérations cornéennes anciennes*, récidivantes, rebelles à tout traitement, peuvent être l'indication d'une infiltration du ganglion sphéno-palatin.

CERISE et THUREL ont cité 3 cas ayant admirablement régressé lors de l'utilisation de cette méthode.

DUBOIS-POULSEN a employé cette technique avec succès chez des malades présentant depuis plusieurs mois des ulcérations cornéennes avec pannus (sans trachome).

Les signes fonctionnels ont régressé dans les heures suivant la novocaïnisation : larmoiement, photophobie, blépharospasme et hyperhémie ont disparu dans l'immédiat.

L'évolution ultérieure a été variable et d'autant plus satisfaisante que la cornée était hypoesthésique.

— *Les kératites neuro-paralytiques*. THUREL a publié en 1935 un cas de kératite neuro-paralytique après neurotomie rétro-gassérienne, qui a été nettement amélioré par des blocages répétés du ganglion de Meckel.

DUBOIS-POULSEN a eu, pour sa part, des résultats satisfaisants au cours de kératites neuro-paralytiques, après quelques infiltrations, de ce ganglion, alors que les autres traitements médicaux ont été vains.

Actuellement, cette technique est rarement utilisée. Si elle est employée, il convient d'instiller au préalable un collyre à la cocaïne afin d'éviter un syndrome récurrentiel (HARTMANN).

4° LES ÉPISCLÉRITES

Les épisclérites chroniques, résistantes aux traitements classiques, peuvent être notablement améliorées par l'infiltration du ganglion sphéno-palatin, à condition toutefois que cette épisclérite soit assez superficielle (DUBOIS-POULSEN).

5° LES IRRITATIONS CONJONCTIVALES

Enfin, certaines irritations conjonctivales trainantes, unilatérales, sans étiologie précise, sans germes pathogènes et avec des voies lacrymales perméables,

Alors que ces irritations conjonctivales duraient depuis plusieurs mois, DUBOIS-POULSEN cite plusieurs cas où la guérison après anesthésie du ganglion de Meckel s'est faite en quelques jours, sans rechute.

La genèse de cette guérison est très vraisemblablement due à une régularisation du mécanisme vaso-moteur conjonctival par le blocage du ganglion.

6° LES SYNDROMES DOULOUREUX RETENTISSANT SUR LE GLOBE OCULAIRE

Essentiellement : le syndrome de Sluder et secondairement les migraines ophtalmiques.

A) LE SYNDROME DE SLUDER

Le tableau clinique initial a été tracé par SLUDER en 1908, et attribué par lui à une irritation du ganglion sphéno-palatin, souvent secondaire à une sinusite postérieure.

Il s'agit d'un syndrome douloureux accompagné de troubles vaso-moteurs et sécrétoires.

— *Les douleurs*, souvent précédées d'une courte phase de coryza, débutent spontanément au niveau du pourtour oculaire, à la racine du nez, s'étendant parfois vers la tempe, l'oreille et la mâchoire inférieure.

A type de cuisson, de constriction, ces douleurs sont continues avec des paroxysmes.

— *Des manifestations nasales*, comme l'hydrorrhée et la congestion de la muqueuse pituitaire, dans sa région postérieure, sont constantes.

— *Des manifestations oculaires* enfin : un larmoiement, une photophobie et une hyperhémie conjonctivale qu'accompagne parfois un blépharospasme.

Unilatéral le plus souvent, et attribué par CANYUT et DUVERGER à une cause locale, ce syndrome est plus rarement bilatéral, à prédominance vaso-motrice.

Fait remarquable : l'anesthésie du ganglion de Meckel soulage immédiatement la douleur et suffit à faire disparaître les troubles vaso-moteurs et sécrétoires.

Du point de vue physio-pathologique, ce syndrome paraît bien être dû, comme l'a précisé HALBRON, à un « trouble du système nerveux organique périphérique péri-vasculaire, la modification des vaisseaux entraînant un trouble réflexe ».

Le traitement local, agissant par l'intermédiaire du ganglion sphéno-palatin, rétablit l'équilibre organo-végétatif, et a en outre l'avantage, dans les cas difficiles, de faire le diagnostic du syndrome de Sluder et du syndrome de Charlin. Cette dernière manifestation comporte en outre une segmentite antérieure la plupart du temps. Mais le problème est délicat si le syndrome de Sluder survient en présence d'une altération oculaire antérieurement méconnue.

— Par ailleurs : les points douloureux du nerf nasal dans le syndrome de Charlin, ainsi que la congestion de la partie antérieure de la muqueuse pituitaire, sont parfois peu aisés à mettre en évidence.

Quoi qu'il en soit, seul le syndrome de Sluder est amélioré d'une façon spectaculaire par l'infiltration novocaïnique du ganglion sphéno-palatin.

THUREL, MAGITOT, DUBOIS-POULSEN ont rapporté plusieurs cas traités avec succès par cette méthode.

Les indications secondaires sont infiniment plus limitées.

B) LES ALGIES POST-ZOSTÉRIENNES

DUBOIS-POULSEN a cité 2 cas de douleurs violentes post-zostériennes soulagées par l'anesthésie du ganglion de Meckel.

Le Docteur JUGE a essayé cette thérapeutique chez trois malades présentant des algies post-zostériennes importantes, jusque-là rebelles à tout traitement.

Il n'a observé aucun résultat encourageant, même transitoire.

C) LES MIGRAINES OPHTALMIQUES

Elles sont parfois améliorées par l'anesthésie du ganglion sphéno-palatin.

DUBOIS-POULSEN a noté 2 cas ayant réagi d'une façon satisfaisante.

Nous n'avons pu recueillir aucune autre observation quant à l'utilisation de cette méthode et de ses résultats.

II. SEGMENT POSTERIEUR

A. — ACTION SUR LE NERF OPTIQUE

On connaît actuellement l'importance des troubles vaso-moteurs dans la genèse de certains œdèmes papillaires.

En effet, papille et nerf optique ayant une vascularisation propre, les artéριοles, au cours d'un processus inflammatoire, toxique, traumatique ou réflexe à distance, peuvent être le siège de troubles de perméabilité qui entraîneront l'apparition d'un œdème papillaire réactionnel.

Par ailleurs, le ganglion sphéno-palatin est en rapport, par le nerf vidien et le grand nerf pétreux superficiel, avec le ganglion caveux situé à la paroi postéro-externe de la loge caveuse. Là, on y retrouverait des fibres vaso-dilatatrices destinées au nerf optique, ainsi que le signale le Professeur agrégé BRÉGEAT dans son rapport sur l'œdème papillaire.

La novocaïnisation du ganglion de Meckel, en agissant directement sur ces fibres par un mécanisme réflexe, a l'intérêt de faire la part des troubles vaso-moteurs et de les juguler.

Cette méthode, préconisée par le Professeur agrégé BRÉGEAT et par le Docteur P. GUILLOT, permet de lutter contre les troubles vasculaires locaux au cours des œdèmes papillaires inflammatoires, toxiques ou traumatiques, associée aux vaso-dilatateurs, cortisone et antibiotiques, vitamines B₁, B₆ et B₁₂ par voie générale.

1° LES ŒDÈMES PAPILLAIRES INFLAMMATOIRES

Dans certains cas, les résultats sont très satisfaisants et peuvent s'objectiver dès la première injection par une augmentation d'acuité visuelle une demi-heure après.

Dans ces cas, l'injection est alors répétée tous les deux jours, pendant huit jours, et on assiste progressivement à l'amélioration de l'acuité visuelle de 1 à 3/10^e.

Voici deux observations personnelles du Professeur agrégé BRÉGEAT, étudiées à l'Hôpital Sainte-Anne, dans le Service de neuro-chirurgie du Professeur DAVID.

• Obs. n° 1 : *Le... Lucien, vingt-deux ans*

Consulte pour la première fois le 24 septembre 1954 pour une baisse progressive de l'acuité visuelle depuis trois mois, portant sur l'œil droit puis sur l'œil gauche, inchangée par le traitement associé : cortisone, antibiotiques et vaso-dilatateurs.

- Pas d'antécédents.
- Examens neurologique, général, huméral : normaux.
- V.O.D. : 1/50° — V.O.G. : 1/10°.
- F.O.D.G. : papilles hyperhémées, à bords flous, type papillite, veines dilatées.
- Champ visuel : périphérie normale ; scotome central ; tache de Mariotte œdémateuse avec la triade :
 - élargissement ;
 - pentes douces ;
 - troubles de sommation.
- Le reste des examens de spécialité est normal chez ce malade n'ayant aucun antécédent.

Le 4 octobre :

On pratique un champ visuel avant puis après l'infiltration bilatérale des deux ganglions sphéno-palatins.

Les taches de Mariotte, toujours de type œdémateux, se contractent manifestement une demi-heure après l'injection (cf. *schémas C.V.*).

Le 5 octobre :

- A.V. : O.D. 3/50° — O.G. 2/10°.

Le 6 octobre :

- A.V. : O.D. 4/50° — O.G. 2/10°.

Le 10 octobre :

Un traitement général d'A.C.T.H. d'une durée de huit jours est adjoint au traitement local.

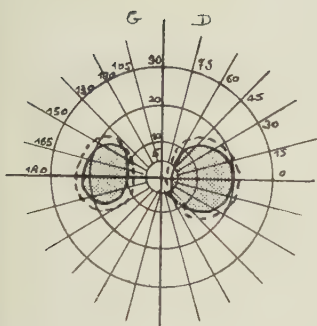
Le 18 octobre :

- A.V. : O.D. 1/10° — O.G. 2/10°.
 - F.O.D.G. : l'œdème papillaire a nettement régressé.
- On note un engainement des vaisseaux devant la papille

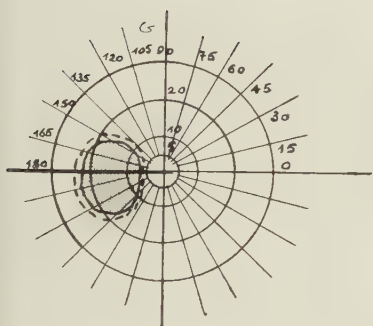
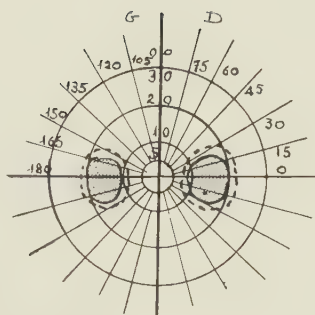
• Obs. n° 2 : *Ma... Jacqueline, trente et un ans*

Consulte le 6 octobre 1954 pour un trouble visuel de l'œil gauche.

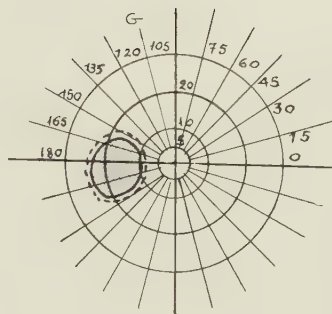
- A.V. : O.D. 12/10° — O.G. 9/10° + discrète métamorphopsie.
- F.O. : O.D. : normal ; O.G. : papille œdémateuse et hyperhémie, entourée d'un œdème rétinien avec plis :
 - lésion jaune orangé de choroïdite para-maculaire.



OBSERVATION N° 1



OBSERVATION N° 2



		Intensité de l'Index			
Grandeur de l'Index	N°	4	3	2	1
	0				
	1	X			
	2				
	3				
	4				X
	5				

Champ visuel :

- O.D. : normal.
- O.G. : périphérie normale ; petit scotome central ; tache de Mariotte œdémateuse.

Examens complémentaires :

- Général et neurologique : normaux.
- O.R.L. : sinux maxillaire douteux.

Le 11 octobre :

On pratique un champ visuel avant et après l'infiltration du ganglion sphéno-palatin gauche. Une demi-heure après, on constate la contraction de la tache de Mariotte qui par ailleurs reste œdémateuse (cf. schéma C.V.).

- A.V. : O.D. 12/10° — O.G. 11/10°.

Le 16 octobre :

Une ponction de chambre antérieure ramène une humeur aqueuse normale (Service du Professeur agrégé OFFRET).

Le 2 novembre :

Une ponction du sinus maxillaire gauche n'objective pas la présence de pus.

Le 16 décembre :

- A.V. : O.D. 12/10° — O.G. 2/10°.
- F.O. : O.D. : normal ; O.G. : si le bord temporal est moins flou, le reste des contours est encore estompé.

Champ visuel :

Identique à celui du premier examen.

Un traitement composé de vitamine B₁₂, vitamine C, nicyl et rutine est prescrit pour un mois.

Au bout de six mois :

L'œdème a disparu progressivement, tant au fond d'œil qu'au champ visuel au niveau de la tache de Mariotte.

Comme séquelle : une très discrète pâleur papillaire et un petit foyer paraculaire cicatrisé de choroïdite.

L'acuité visuelle est à 10/10°.

Une troisième observation nous a été obligeamment communiquée par le Professeur agrégé BRÉGEAT.

• *Obs. n° 3 : Mme Re..., cinquante-cinq ans*

Consulte le Professeur agrégé BRÉGEAT le 23 mars 1960 pour complications oculaires d'un zona ophtalmique frontal droit à la troisième semaine.

A l'examen :

- L'œil gauche est strictement normal :
- acuité visuelle : 10/10°.

— *L'œil droit :*

- acuité visuelle : $4/10^{\circ}$ avec correction ;
- tonus normal ;
- champ visuel : isoptères périphériques normaux ; scotome central relatif ;
- sensibilité cornéenne normale ;
- *segment antérieur* au biomicroscope : kératite superficielle discrète dans le secteur inférieur (épreuve à la fluorescéine positive) ; injection périkeratique en regard ; quelques précipités à la face postérieure de la cornée ;
- *fond d'œil* : papillite discrète.

Traitement :

- local : néosynéphrine ; bleu de méthylène ;
- général : naïodine ; vitamine C ; vitamines B₁, B₆, B₁₂.

Le 30 mars 1960 :

- acuité visuelle à $4/10^{\circ}$;
- segment antérieur : pas de changement ;
- sensibilité cornéenne : normale ;
- tonus : normal ;
- fond d'œil droit : même aspect ; une petite hémorragie sous-papillaire ;
- le scotome central relatif est moins poussé. La malade voit le point rouge rosé au stéréoscope.

Le 6 avril 1960 :

- l'acuité visuelle reste à $4/10^{\circ}$;
- segment antérieur : aspect identique ;
- sensibilité cornéenne et tonus normaux ;
- *fond d'œil* : l'œdème papillaire régresse, mais les veines sont dilatées ;
- au stéréoscope, la malade perçoit nettement le point rouge central.

Le malade est mise au traitement suivant :

- A.C.T.H. en perfusion et terramycine ;
- 4 infiltrations novocaïniques du ganglion sphéno-palatin droit à quarante-huit heures d'intervalle.

Après chaque infiltration, on note une augmentation de $1/10^{\circ}$ à $2/10^{\circ}$ de l'acuité visuelle, transitoire au début, puis se maintenant au cours des deux dernières infiltrations, respectivement : $4/10^{\circ}$ puis $6/10^{\circ}$.

Le 30 avril 1960 :

A la fin du traitement :

- acuité visuelle : 7 à $8/10^{\circ}$;
- sensibilité cornéenne et tonus : normaux ;
- segment antérieur : foyer de kératite persistant ; hyperhémie discrète au voisinage ; deux précipités rétro-descémétiques anciens ;
- fond d'œil : papille de coloration normale, un peu engluée ; les artères sont à peine rétrécies ; la T.A.R. est normale.

Traitement :

- local : néosynéphrine ; bleu de méthylène ;
- général : bēnerva ; dectancyl.

Le 20 mai 1960 :

- acuité visuelle : 9/10^e faible ;
- sensibilité cornéenne et tonus : normaux ;
- segment antérieur : la kératite est cicatrisée ; un ou deux petits précipités anciens sur la descemet ; l'hyperhémie a disparu ;
- champ visuel central : normal ;
- fond d'œil : le secteur temporal papillaire est un peu pâle.

Le 15 novembre 1960 :

- acuité visuelle : 10/10^e ;
- segment antérieur : quelques fins précipités non pigmentés et translucides ;
- fond d'œil : flou glial au niveau du bord nasal supérieur ; secteur pigmenté, déchiqueté du contour temporal inférieur de la papille.

• Obs. n° 4 : *Mme Pe...*, quarante-sept ans (Hôpital Saint-Louis — Service du Professeur agrégé BRÉGEAT).

Hospitalisée le 10 novembre 1960 pour une *névrite optique œdémateuse de l'œil droit* : baisse progressive de l'acuité visuelle de l'œil droit depuis dix jours et constatation fortuite d'une perte du champ visuel droit.

Antécédents : rien à signaler.

- Œil gauche normal : acuité visuelle 10/10^e.
- Œil droit :
 - acuité visuelle : inférieure à 1/10^e ;
 - champ visuel : large amputation : perception lumineuse dans le secteur inféro-temporal ;
 - par ailleurs, la motilité du globe est un peu douloureuse, et l'on note une hypoesthésie cornéenne ;
 - fond d'œil : papille hyperhémée, à bords flous, légèrement surélevés (une dioptrie) ; une hémorragie en flammèche à IX h au bord papillaire ; artères grêles, veines dilatées ; la tension de la veine centrale est très augmentée : les veines battent en même temps que les artères.

Examens de spécialité :

Sinus, dents, trous optiques : normaux.

Traitement :

- A.C.T.H. en perfusion intraveineuse.
- Erythromycine, nicyl, vitamine B₁₂.

Le 12 novembre 1960 :

Même état.

Après une infiltration homo-latérale du ganglion de Meckel, la malade a l'impression de voir un peu mieux : en fait, l'acuité visuelle et le champ visuel sont inchangés.

Le 16 novembre 1960 :

Nouvelle infiltration.

Aucune amélioration.

Le 19 décembre 1960 :

La malade est revue en consultation :

— l'acuité visuelle reste à 1/20° ;

— au champ visuel : perception lumineuse dans le secteur temporal ;

— au fond d'œil : la papille est encore hyperhémée.

2° LES TRAUMATISMES DU NERF OPTIQUE

Au cours d'un traumatisme fermé du crâne par choc direct (sur le rebord orbitaire par exemple) ou indirect (traumatisme crânien) par ébranlement, le nerf optique peut être atteint dans sa portion intracanaliculaire.

On distingue :

— D'une part, la *commotion* consistant en une sidération temporaire des fibres avec arrêt de la conduction.

L'E.R.G. est normal, mais on ne note plus de réponse corticale. Ce phénomène est réversible, ne s'accompagne d'aucune lésion anatomique. Le moment de la régression se manifeste en principe par un allongement du temps rétino-cortical.

— D'autre part, la *contusion*, due soit à l'allongement ou à la striction du nerf optique au cours d'une déformation momentanée du canal optique (parfois fracture du toit du canal et ruptures vasculaires du fait de l'adhérence du nerf optique et des méninges à la paroi supérieure du canal) au cours du traumatisme.

Cette altération se manifeste par des troubles vasculaires locaux dans la substance même du nerf optique. Il s'agirait de pétéchies intra-neurales que l'on retrouve en coupe histologique, perpendiculaires aux fibres, et entraînant des troubles vaso-moteurs, une anoxie, voire un œdème des fibres.

Le Professeur agrégé BRÉGEAT a particulièrement insisté sur l'intérêt d'une infiltration novocaïnique du ganglion sphéno-palatin, permettant de faire la part de ces troubles vaso-moteurs et de les atténuer dans deux cas bien précis :

A) IMMÉDIATEMENT APRÈS LE TRAUMATISME

— Les altérations papillaires par contusion du globe oculaire sont éliminées.

— Chez un sujet conscient, se plaignant d'une baisse brutale, unilatérale de son acuité visuelle. L'intégrité du réflexe photo-moteur est de bon pronostic.

C'est dans ce cas qu'une injection de novocaïne à 4 % dans le canal palatin postérieur a son intérêt pour pallier au déséquilibre vasomoteur secondaire au traumatisme. Une demi-heure après, dans ces cas, on peut dès lors constater une amélioration de l'acuité visuelle de $1/10^{\circ}$ ou plus.

Il est important de pratiquer l'infiltration le plus tôt possible, car c'est à ce stade que l'on peut rencontrer des troubles fonctionnels sinon purs, du moins importants.

Dans les déficits partiels d'acuité visuelle, la même technique est à conseiller.

Si l'on constate une amélioration, on répètera ce traitement tous les deux jours pendant une semaine environ.

B) A LA PÉRIODE SECONDAIRE

Quelques semaines ou quelques jours après le traumatisme, apparaissent des troubles visuels unilatéraux. Il peut s'agir :

— Soit d'une amblyopie partielle retardée ou simplement d'un rétrécissement du champ visuel, ou bien encore d'un déficit inférieur (signant une atteinte de la partie supérieure du nerf optique).

Au fond d'œil, on note une pâleur en secteur de la papille, la tension de l'artère centrale de la rétine est abaissée.

Là encore, il y a intérêt à pratiquer une anesthésie du ganglion sphéno-palatin, de la même façon que dans les cas précédents.

• Obs. de M. Be..., quarante ans

Il est victime d'un accident de la voie publique le 2 mai 1959.

Perte de connaissance de quelques minutes. Pas de fracture du crâne.

Du côté droit :

- contusion au niveau de l'œil droit ;
- plaie de la paupière supérieure ;
- hématome palpébral ;
- hémorragie sous-conjonctivale.

Le 13 mai 1959 :

Mme le Docteur DUVERGER voit ce malade pour la première fois et l'adresse aussitôt au Professeur agrégé BRÉGEAT pour *atrophie optique post-traumatique droite*, avec une acuité visuelle à $2/10^{\circ}$.

Le 18 mai 1959 :

A l'examen, en effet, on note :

- l'acuité visuelle est remontée à $5/10^{\circ}$;
- pupille droite : diminution considérable du réflexe photomoteur direct, le consensuel existe normal ;

- milieux transparents et limpides ;
- fond d'œil : papille pâle, à bords nets.

Par ailleurs, aucun signe radiologique objectif.

Le Professeur agrégé BRÉGEAT conclut à un état contusionnel du *nerf optique* droit et prescrit :

- vitamines B₁ et B₁₂ ;
- nicyl ;
- trois injections de novocaïne du ganglion de Meckel à deux jours d'intervalle par la voie du canal palatin postérieur.

Après la première injection, l'acuité visuelle passe de 5 à 7/10°, mais l'effet est transitoire et dure seulement quelques heures. Les mêmes modifications se reproduisent après chaque injection de novocaïne, mais restent passagères.

Le 12 juin 1959 :

Le malade est revu.

- L'acuité visuelle reste à 5/10°.
- Pupille droite : réflexe photomoteur paresseux.
- Fond d'œil : papille pâle à bords nets.

L'œil gauche, strictement normal, présente 10/10° d'acuité visuelle.

Traitement :

- Nicyl.
- Kalléone.
- Duvidilan.

Le 16 octobre 1959 :

Même état.

Le 2 novembre 1960 :

- Acuité visuelle : 8/10°.
- Fond d'œil : papille droite plus pâle que la gauche.
- L'œil gauche est tout à fait normal.

C) NÉVROSES VISUELLES POST-TRAUMATIQUES

Enfin, au cours des névroses visuelles post-traumatiques, il y a intérêt à essayer l'infiltration du ganglion de Meckel, car dans ces cas, la part des troubles fonctionnels est importante (Professeur agrégé BRÉGEAT, Docteur JUGE).

CONCLUSION

Au cours des traumatismes du nerf optique, le traitement médical : vaso-dilatateurs et vitamines B₁ et B₁₂, doit être systématiquement appliqué.

L'anesthésie du ganglion sphéno-palatin est un utile adjuvant, permettant de juguler les troubles vaso-moteurs réactionnels locaux.

La chirurgie n'a que des indications rares, mais précises : à la période secondaire, devant une aggravation progressive ou l'installation d'un syndrome hétéro-latéral.

3° PAPILLITES ISOLÉES UNILATÉRALES

Dans les cas de papillites isolées unilatérales, sans étiologie retrouvée, une série de cinq à six injections novocaïniques espacées de quarante-huit heures est extrêmement intéressante à pratiquer si la première a apporté une amélioration.

4° CERTAINES ATROPHIES OPTIQUES ET DE TOUS SIGNES DE SOUFFRANCE DU NERF OPTIQUE

— *Soit toxique* (alcoolo-tabagique).

DUBOIS-POULSEN cite deux groupes de malades traités dans son service par une novocaïnisation des deux ganglions sphéno-palatins en 1936. Voici les résultats observés.

a) Le premier groupe de malades présentait une névrite rétro-bulbaire toxique avérée.

— L'acuité visuelle n'a pas été modifiée d'une façon notable, tout au plus une récupération de 1/10^e a été signalée.

— Le champ visuel, par contre, a subi des modifications encourageants : diminution de l'étendue des angioscotomes et contraction du scotome central.

b) Un autre malade était porteur d'une *atrophie optique syphilitique* :

— L'amélioration de l'acuité visuelle a été spectaculaire.

— L'œil droit passe de 2/10^e à 5/10^e.

— L'œil gauche passe de 3/10^e à 6/10^e.

— Au champ visuel, les angioscotomes sont réduits.

Ce résultat, malheureusement transitoire (vingt-quatre heures), a toutefois été fort encourageant.

5° ENFIN CERTAINES ATROPHIES INCOMPLÈTES

— *Post-œdémateuses*, persistant après l'ablation d'une tumeur cérébrale et un résultat opératoire satisfaisant.

— *Par compression* sont encore justiciables d'une infiltration du ganglion sphéno-palatin, pour essayer d'améliorer quelque peu l'acuité visuelle.

L'infiltration du ganglion sphéno-palatin au cours des *troubles vaso-moteurs du nerf optique*, ne constitue pas à elle seule une thérapeutique suffisante, mais elle a le double intérêt, en tant qu'adjuvant du traitement général (vaso-dilatateurs, vitamines C, B₁, B₆, B₁₂, corticothérapie et antibiotiques) :

1° *De faire la part de ces troubles vaso-moteurs* et de les juguler.

2° *D'avoir une utilité certaine devant la carence thérapeutique* dans certains cas, paraissant favoriser l'amélioration de la vision centrale.

Le mécanisme de cette action reste encore assez mal connu.

DUBOIS-POULSEN a insisté sur l'élargissement d'une tache de Mariotte *normale*, après la novocaïnisation du ganglion sphéno-palatin. Nous avons pu observer cette modification dans un cas personnel.

Or, il est à noter que la tache de Mariotte œdémateuse, donc pathologique, se contracte après la novocaïnisation du ganglion de Meckel, d'une façon nette, dans le cas des papillites.

Il s'agit probablement d'un œdème vaso-moteur réactionnel, et la novocaïnisation, en améliorant la circulation locale au niveau du nerf optique, favorise la nutrition de la tête du nerf optique.

B. — AU COURS DES SYNDROMES VASO-MOTEURS AU NIVEAU DE LA RÉTINE

1° TRAUMATIQUES

A) ŒDÈME DE BERLIN

Nous n'avons pas eu l'occasion d'observer l'action d'une infiltration du ganglion sphéno-palatin au cours d'un œdème rétinien post-traumatique précoce de la rétine.

B) ŒDÈME DE PURTCHER

Observation d'un malade suivi à Lariboisière dans le Service du Docteur DOLLFUS.

• *M. Le..., cinquante ans*

Consulte le 10 septembre 1960 pour une baisse assez brutale de l'acuité visuelle de l'œil droit survenue il y a quatre jours, huit jours après un traumatisme crânien, sans fracture, sans perte de connaissance.

L'examen pratiqué ce jour objective :

- *Acuité visuelle* : œil gauche avec correction : $10/10^{\circ}$; œil droit : compte les doigts à 50 cm.
- *Réflexes photomoteurs* : normaux.
- *Fond d'œil* :
 - Œil gauche : normal.
 - Œil droit :
 - nombreux exsudats floconneux inter-papillo-maculaires ;
 - quatre petites hémorragies striées dans cette même zone ;
 - quelques fins exsudats brillants autour de la macula.

Cet aspect évoquant d'emblée une rétinite traumatique de Purtscher.

Un traitement vaso-dilatateur (vitamines B₁₂, B₁, C) est institué.

Une novocaïnisation du ganglion sphéno-palatin est pratiquée à la fin de l'examen. Une demi-heure après l'injection, on mesure à nouveau l'acuité visuelle : le malade compte les doigts à 1 m, pas davantage.

Le 12 septembre 1960 :

- acuité visuelle de l'œil droit : $1/10^{\circ}$;
- 1/2 heure après l'infiltration : $2/10^{\circ}$.

Le 15 septembre 1960 :

- l'acuité visuelle de l'œil droit est à $2/10^{\circ}$, mais remonte très lentement à $3/10^{\circ}$ après l'infiltration ;
- fond d'œil : l'aspect est sensiblement le même, les exsudats floconneux sont à peine moins denses.

Le malade sort et n'est revu que

Le 29 septembre 1960 :

- acuité visuelle de l'œil droit : $4/10^{\circ}$;
- fond d'œil droit : les exsudats commencent à s'estomper ; les hémorragies persistent.

Le 14 octobre 1960 :

- acuité visuelle de l'œil droit : $5/10^{\circ}$;
 - fond d'œil droit : amélioration notable.
- On distingue çà et là quelques exsudats nuageux.

Le 28 novembre 1960 :

On revoit le malade :

- l'acuité visuelle reste à $5/10^{\circ}$;
- le fond d'œil droit montre que les hémorragies et les exsudats ont disparu. La papille est un peu pâle, et l'ébauche d'une dégénérescence maculaire apparaît.

Le malade n'est plus revu depuis cette date.

2° SPASMES ARTÉRIELS RÉTINIENS

Il faut enfin relater l'intérêt de l'anesthésie du ganglion de Meckel qui est un utile appoint au cours du traitement des *spasmes artériels rétiniens*.

Ce qui se conçoit, étant donné le retentissement de la novocaïnisation sur la circulation rétinienne, ainsi qu'on l'a vu : augmentation momentanée de la tension de l'artère centrale de la rétine qui passe du simple au double.

Nous n'avons pas eu l'occasion d'en observer les résultats au cours des spasmes artériels rétiniens, mais nous avons pu suivre la variation de la P.A.R. au cours des infiltrations du ganglion de Meckel chez un malade, *M. Ma...*, dont nous avons précédemment parlé (non hyper-tendu, T.A. : 15-9).

Nous rappellerons brièvement les résultats obtenus.

Sans passer du simple au double, la T.A.R. a cependant augmenté notablement après l'infiltration, et d'une façon transitoire, puisque le troisième jour, elle était de nouveau normale.

Infiltration du ganglion sphéno-palatin droit

		O.D.		O.G.	
		<i>avant</i>	<i>1/2 h après</i>	<i>avant</i>	<i>1/2 h après</i>
— le	25-11-60 ...	40	50	40	42
— le	28-11-60 ...	42	53	40	43
— le	1 ^{er} -12-60 ...	42	52	42	42

CONCLUSIONS

Le ganglion sphéno-palatin est situé dans un carrefour nerveux complexe de l'arrière-fond de la fosse ptérygo-maxillaire.

Ganglion para-sympathique, il est traversé par des fibres nerveuses :

- sympathiques ;
- sensitives ;
- para-sympathiques (faisant relais) ;

qui lui confèrent un rôle physiologique certain.

C'est dire l'intérêt que peut avoir un traitement local basé sur l'anesthésie de ce ganglion.

On connaît le rôle thérapeutique du ganglion de Meckel sur le segment antérieur de l'œil.

Mais on s'explique mal encore son action sur la pathologie vaso-motrice de la tête du nerf optique, si l'on s'en tient aux seules données anatomiques (pas de rapports anatomiques connus).

Faut-il alors voir là une action sur un syndrome récurrentiel ? Ce n'est encore qu'une hypothèse.

Des travaux à venir pourront peut-être expliquer ce mécanisme.

Quoi qu'il en soit, c'est une thérapeutique efficace, dont l'action la plus évidente porte sur l'acuité visuelle qui peut augmenter de $1/10^e$ à $2/10^e$ dans le quart d'heure suivant l'infiltration.

Cependant, l'effet est le plus souvent temporaire : quelques heures habituellement.

Il convient donc de le renouveler à une fréquence raisonnable (pas plus de quatre à cinq fois), à intervalles réguliers (quarante-huit heures).

C'est surtout une *méthode starter* dont la principale indication est dans les névrites optiques où tout l'arsenal thérapeutique est mis en œuvre : perfusion d'A.C.T.H., antibiotiques, vitamines B₁, B₁₂, B₆, C.

La novocaïnisation déclenche l'amélioration au bout de dix à quinze minutes.

Dans les affections chroniques, c'est un palliatif appréciable, mais transitoire. Certes, l'alcoolisation serait plus logique, car plus durable, mais les dangers de nécrose sont trop grands.

C'est pourquoi l'on préfère actuellement la novocaïnisation, ne présentant, on l'a vu, pratiquement aucun inconvénient.

Un point à noter cependant :

— Si la novocaïnisation agit par un mécanisme vaso-moteur, elle est parfois inopportune dans les vaso-dilatations paralytiques, peut-être aussi fréquentes que les vaso-constrictions.

Elle peut alors aggraver les cas où les pressions locales sont déjà très basses.

C'est pourquoi, si la T.A.R. est très abaissée, il semble qu'il faille s'abstenir de toute thérapeutique vaso-dilatatrice *locale* dans ces cas.

Vu, le Doyen :
BINET

Vu, le Président de Thèse :
RENARD

Vu et Permis d'imprimer,
le Recteur de l'Académie de Paris :
SARRAILH

BIBLIOGRAPHIE

- ALEMAN CABALLERO. — Le syndrome de Sluder. (*Semana Medical Espanola*, 1940.)
- BAJER. — Syndrome de Sluder. (*Leparkelisty*, 1948.)
- BRÉGEAT (P.). — L'œdème papillaire.
— La papille dans les traumatismes fermés du crâne. (*Année Thérapeutique en Ophtalmologie*, 1956.)
- BONAMOUR. — Troubles vaso-moteurs rétiniens du nerf optique dans les traumas fermés du crâne. (*Année Thérapeutique en Ophtalmologie*, 1956.)
- CERISE et THUREL. — Phénolisation du ganglion sphéno-palatin en ophtalmologie. (*S.F.O.*, 1936.)
- COSSA. — Physiologie du système nerveux (1950).
- CHAMPSAUR. — Réflexothérapie : ganglion sphéno-palatin. (*Le Monde Médical de Paris*, 1940.)
- CUCCAGNA. — Sécrétion lacrymale et ganglion sphéno-palatin. (*Revista Oto-Neuro-Oftalmologica*, 1957.)
- DELMAS. — Le système nerveux sympathique (1952).
- DUBOIS-POULSEN. — Le ganglion sphéno-palatin et l'œil. (*Annales d'Oculistique*, 1937.)
— Le champ visuel (1950).
- DYSART (B.R.). — Therapy by cocaïnization of Meckel's ganglion. (*Archives of Oto-Laryngology*, 1944.)
- FEGELER. — Der Hautarzt. (Berlin, 1953.)
- GOTTESFELD (B.H.). — Crocodile's tears treated by injection into the spheno-palatin ganglion. (*Archives Neurologiques et Psychiatriques*, 1942.)
- HALBRON. — Contribution à certaines inter-réactions neuro-végétatives de l'œil et du nez. (*Thèse*, 1936.)
- HIGBEE. — Functional and anatomic relation of spheno-palatin ganglion to autonomic nervous system. (*Archives of Oto-Laryngology*, 1949.)

- JUGE (P.). — Contribution à l'étude des atteintes du nerf optique, dans les traumatismes crâniens fermés. (*Thèse*, Paris, 1955.)
- KUNTZ et SULKER. — *Journal of Comparative Neurology*, 1946.
- LAZORTHES (G.). — Le système nerveux périphérique.
- MAGITOT. — Traitement du syndrome de Sluder par l'anesthésie du ganglion sphéno-palatin. (*Annales d'Oculistique*, 1937.)
- MATA LOPEZ (P.). — Variedades de 'simpaltagias ocularias. (*Archivas de la Sociedad Oftalmologica Hispano-Americana*, 1945.)
- MONTAUFFIER, CAMO DE LA BERNARDIE. — Les lésions du nerf optique dans les traumatismes fermés du crâne. (*Annales d'Oculistique*, Paris, 1958.)
- MORIN (F.) et BRUZZONI. — *Archives of Oto-Laryngology*, 1948.
- SEITZ (R.). — *Acta Neuro Vegetativa*, Wien, 1954.
- TARDIEU (G.). — Système nerveux végétatif (1944).
- VOUTERS. — L'œil humide : esquisse pathogénique et thérapeutique. (*Annales d'Oculistique*, 1952.)

